

<身体検査記入要領(医師にもお見せ下さい。)>

小型船舶操縦士身体検査証明書

(申請者記入)

氏名 (ふりがなをつけること)	性別
お名前に必ずふりがなを付けて下さい。	男 女
出生の年月日	更新をし、又は再交付を受けようとする操縦免許証に係る資格又は受けようとする試験の種類
年 月 日	一級・ 二級 ・特殊 小型船舶操縦士
現 住 所	
〒	
TEL	

受講者
ご本人が
記入して
下さい。

写真を貼って医師の
診断を受けて下さい。

写真を貼って医師の
診断を受けて下さい。

次のような写真を貼り付けること。

- 縦45mm 横35mm
- 申請日前6月以内撮影
- 無帽、正面上半身

(医師又は検査員記入)

1.視力

視力 (矯正で可)	左	0.3	右	0.6
視野 (矯正をしても一眼が0.5未満の者の場合のみ記入)	左		右	150度

視力は0.5以上(矯正)が必要です。

2.色覚 (更新又は失効再交付に係る者の場合は記入不要)

正常	その他
----	-----

一眼の視力が0.5未満の時、0.5以上ある眼の左右水平の視野角度を数値で記入下さい。(150度以上が必要です)

正常以外はその他に○を記入。その他の場合は、灯色検査を当免許センターにて行います。(下記ご注意②参照)

3.聴力

5 m の 話 声 語 の 弁 別	可	不可
上欄の5mの話声語の弁別について「不可」の者には汽笛の音の弁別(医師が検査を行う場合は記入不要)	可	不可

補聴器使用可

4.疾 病


疾 病 の 有 無	病名及び程度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業 務 へ の 支 障
有 無		有 無

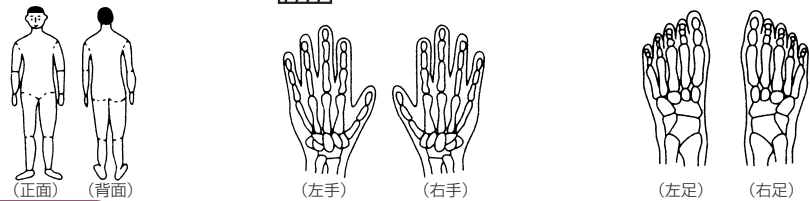
病名の記入がある場合、専門医の診断が必要です。(下記ご注意③参照)

5.身体機能の障害 完治している病名は記入しないで下さい。

身体機能の障害の有無	障 害 の 内 容 及 び 程 度
有 無	障害がある場合は(3)運動機能も記入して下さい。右欄(2)または(4)に障害部位をご記入下さい。
握 力 (両手の手指に障害のある者の場合のみ記入)	左 kg 右 kg

疾病・身体障害
の有る方は、必ず
事前にご相談下
さい。

(2) 身体機能の障害の部位 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)
切断部位は ———、障害部位は  により図示すること。




(3) 運動機能 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

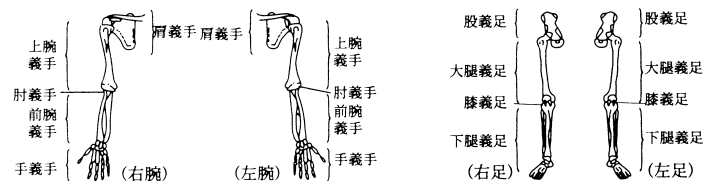
①関節の屈伸

手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

②障害のある関節 (関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入)

手関節	肘関節	肩関節
左 右	左 右	左 右
股関節	膝関節	足関節
左 右	左 右	左 右

(4) 義手義足 (義手又は義足を装着している者の場合のみ記入)
義手義足を装着している部分を  により図示すること。



6.医師又は検査員所見 (受検者の小型船舶操縦者としての業務又は操縦について指摘すべきことがあれば記入)

病名や障害がある場合は専門医の診断が必要です。
この所見欄に「船舶の操縦に支障無し」の
記入が必要です。

検査を行った日
(受験日の3ヶ月以内)

船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則別表第9の検査項目について
検査を行った結果、上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医師又は検査員の氏名
医療機関又は講習機関の名称
所在地 及び 連絡先

記入して下さい。

<ご注意> ① 視力(矯正で可)が両眼とも0.5未満の場合は、受験できなくなりますのでご注意下さい。

- 2の欄の色覚で「その他」の場合、当滋賀ポート免許センターで灯色検査を受検して頂きます。(無料)
灯色検査とは、「赤、緑、白の光色」を識別する検査です。(専用の検査装置にて検査を行います。)この光色の識別ができない時は「赤、緑、黄の塗色」識別検査があり、この塗色検査に合格の場合は「昼間のみ航行限定」として免許に限定が付されます。両検査とも不合格になりますと受験できません。
- 「疾病」「身体機能の障害」のある方は、専門医にてこの身体検査証の診断をされ、所見欄に「船舶の操縦に支障無し」旨の記入を受けて下さい。(事前に当方までご相談下さい。)

※修正テープ
での訂正は
不可。
(二重線で修正して下さい)

小型船舶操縦士身体検査証明書

(申請者記入)

氏 名 (ふりがなをつけること)		性 別
		男 女
出 生 の 年 月 日	更新をし、又は再交付を受けようとする操縦免許証に係る資格又は受けようとする試験の種別	
年 月 日	一級・二級・特殊 小型船舶操縦士	
現 住 所		
〒		
TEL		

写真を貼って医師の診断を受けて下さい。

次のような写真を貼り付けること。

- 縦45mm 横35mm
- 申請日前6月以内撮影
- 無帽、正面上半身

(医師又は検査員記入)

1.視 力

視 力 (矯正で可)	左	右
視 野 (矯正をしても一眼が0.5未満の者の場合のみ記入)	左	右

2.色 覚 (更新又は失効再交付に係る者の場合は記入不要)

正 常	その他
-----	-----

3.聴 力

5 m の 話 声 語 の 弁 別	可	不可
上欄の5mの話声語の弁別について「不可」の者にあつては汽笛の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)	可	不可


4.疾 病

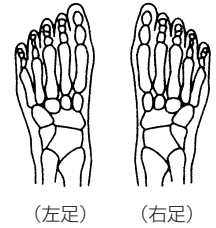
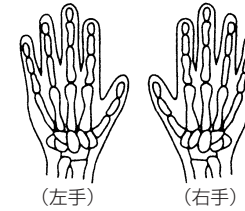
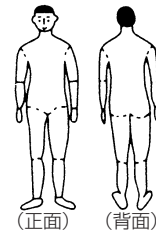
疾 病 の 有 無	病名及び程度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業 務 へ の 支 障
有 無		有 無

5.身体機能の障害

(1) 身体機能の障害の有無

身体機能の障害の有無	障 害 の 内 容 及 び 程 度			
有 無				
握 力 (両手の手指に障害のある者の場合のみ記入)	左	kg	右	kg

(2) 身体機能の障害の部位 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)
切断部位は _____、障害部位は  により図示すること。



(3) 運動機能 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)


①関節の屈伸

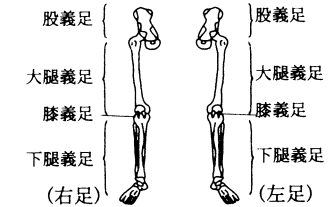
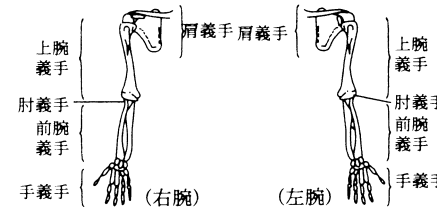
手 指 の 屈 伸	で き る	で き な い
手 の 屈 伸	で き る	で き な い
膝 の 屈 伸	で き る	で き な い
歩 行	で き る	で き な い

②障害のある関節 (関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入)

手 関 節	肘 関 節	肩 関 節
左 右	左 右	左 右
股 関 節	膝 関 節	足 関 節
左 右	左 右	左 右

(4) 義手義足 (義手又は義足を装着している者の場合のみ記入)

義手義足を装着している部分を  により図示すること。



6.医師又は検査員所見 (受検者の小型船舶操縦者としての業務又は操縦について指摘すべきことがあれば記入)

船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則別表第9の検査項目について検査を行った結果、上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医師又は検査員の氏名

医療機関又は講習機関の名称
所在地 及び 連絡先